

Artykuł oryginalny / Original Research Article

## Praca pielęgniarek w środowisku wielokulturowym – analiza emocji, wyzwań i praktyk zarządzania wiedzą oraz współpracy międzysektorowej

### The Work of the Nurse in Multicultural Settings: An Analysis of Emotions, Challenges, Cultural Knowledge Management Practices and Intersectoral Collaboration

#### Słowa kluczowe

transkulturowa opieka pielęgniarska, zarządzanie placówkami medycznymi, emocje pielęgniarek

#### Key words

transcultural nursing care, healthcare facility management, nurses' emotions

#### Autor do korespondencji / Corresponding author

Julianna Koczy  
julianna.koczy@edu.uekat.pl

Data wpłynięcia / Received: 11.09.2025

Data akceptacji / Accepted: 11.03.2026

Data publikacji / Published: 24.06.2026

#### Cytowanie / Cite this article


Koczy, J., Kania, T. (2026). Praca pielęgniarek w środowisku wielokulturowym – analiza emocji, wyzwań i praktyk zarządzania wiedzą oraz współpracy międzysektorowej. *Państwo i Społeczeństwo / State and Society* 26, art. 404, <https://doi.org/10.31749/2451-0858-SaS-2026-404>


#### Sekcja / Section

Nauki o zarządzaniu i jakości /  
Management and Quality Sciences

#### Redaktorzy / Editors

Marta Majorek

Julianna Koczy<sup>1</sup> 

Teresa Kania<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice, Polska

<sup>2</sup> Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

#### Streszczenie

W obliczu intensyfikacji procesów migracyjnych system ochrony zdrowia w Polsce staje przed wyzwaniem dostosowania usług medycznych do potrzeb kulturowo zróżnicowanego społeczeństwa. Szczególnego znaczenia nabiera transkulturowa opieka pielęgniarska, wymagająca nie tylko kompetencji zawodowych, lecz także emocjonalnej elastyczności i zdolności adaptacyjnych. Celem artykułu jest pogłębiona analiza doświadczeń, odczuć i emocji pielęgniarek pracujących w środowisku wielokulturowym. Równoległe celem jest identyfikacja barier oraz eksploracja dobrych praktyk w zakresie wymiany wiedzy międzykulturowej w codziennej praktyce zawodowej. W badaniu zastosowano krytyczną analizę literatury oraz metodę indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI), przeprowadzonych z 12 pielęgniarkami zatrudnionymi w placówkach województwa śląskiego. Analiza tematyczna ujawniła postawy otwartości wobec pacjentów z odmiennych

kręgów kulturowych, ale także wskazała na istotne bariery – językowe, organizacyjne i emocjonalne – utrudniające świadczenie transkulturowej opieki pielęgniarskiej na odpowiednim poziomie jakości. Wiedza międzykulturowa jest zarządzana głównie nieformalnie, a współpraca międzysektorowa pozostaje niewystarczająco rozwinięta, co rodzi istotne implikacje dla polityki zdrowotnej i praktyki zarządzania w placówkach medycznych.

## Abstract

In the face of intensifying migration trends, the healthcare system in Poland faces the challenge of adapting medical services to the needs of a culturally diverse society. Transcultural nursing care takes on particular significance, requiring not only professional competence but also emotional flexibility and adaptability. The aim of this article is to provide an in-depth analysis of the experiences, feelings, and emotions of nurses working in a multicultural environment. At the same time, the aim is to identify barriers and explore best practices regarding intercultural knowledge exchange in daily professional practice. The study employed a critical literature review and individual in-depth interviews (IDIs) conducted with 12 nurses employed in healthcare facilities in the Silesian Voivodeship. Thematic analysis revealed attitudes of openness towards patients from different cultural backgrounds, but also pointed to significant barriers - linguistic, organizational, and emotional - that hinder the provision of transcultural nursing care of adequate quality. Intercultural knowledge is managed primarily informally, and intersectoral cooperation remains insufficiently developed, which has significant implications for health policy and management practices in medical facilities.

## Wprowadzenie

W ostatnich latach Polska doświadcza intensywnych procesów migracyjnych, które znacząco wpływają na strukturę demograficzną i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia (Fihel i in. 2018; Pacześniak, Winclawska 2024; Thérová 2023). Kluczowy jest napływ obywateli Ukrainy w związku z agresją rosyjską, stanowiący wyzwanie społeczne i instytucjonalne ostatniej dekady (Duszczyk, Kaczmarczyk 2022; Skorupa-Wulczyńska 2025). Zmiany te wymagają dostosowania usług medycznych do potrzeb pacjentów odmiennych kulturowo, przy czym najczęściej wskazywane bariery to trudności komunikacyjne, brak tłumaczy i niedostosowanie procedur do realiów opieki transkulturowej (Kędziora 2025; Lewtak i in. 2022; Cierpień-Wolan i in. 2024).

Integracja zdrowotna migrantów ma zarówno wymiar humanitarny, jak i strategiczny – realizuje międzynarodowe zobowiązania w zakresie praw człowieka, a jednocześnie sprzyja integracji społeczno-zawodowej i stabilności gospodarczej (Squires i in. 2022; James i in. 2022; Kumar, Ojha 2024; Salehyan, Savun 2024; Goßner i in. 2025; OECD 2021; Elnakib i in. 2024). W tym kontekście rośnie znaczenie transkulturowej opieki pielęgniarskiej, która wymaga nie tylko wiedzy klinicznej, ale i kompetencji kulturowych, niezbędnych do właściwej interpretacji objawów oraz komunikacji i budowania relacji terapeutycznych (Sharifi i in. 2019).

Zarządzanie wiedzą międzykulturową – rozumiane jako systematyczne gromadzenie i udostępnianie informacji o różnicach kulturowych – staje się kluczowym elementem nowoczesnej praktyki pielęgniarskiej (Bobruk i in. 2023;

Krawczyk-Sołtys 2013; Jedynek 2013). Dotychczasowe badania w Polsce wskazują na liczne trudności w pracy z pacjentami z innych kręgów kulturowych, w tym na stereotypy, błędną interpretację sygnałów niewerbalnych, bariery językowe i niedostosowanie infrastruktury (Strzelczyk i in. 2019; Majoch i in. 2024; Bąk i in. 2020). Mimo rosnącej liczby publikacji nadal brakuje pogłębionych analiz emocji i strategii radzenia sobie pielęgniarek w pracy z pacjentem o odmiennej kulturze.

Celem artykułu jest pogłębiona analiza doświadczeń, odczuć i emocji pielęgniarek pracujących w środowisku wielokulturowym. Równoległe celem jest identyfikacja barier oraz eksploracja dobrych praktyk w zakresie wymiany wiedzy międzykulturowej w codziennej praktyce zawodowej. Na podstawie powyższych założeń sformułowano trzy szczegółowe pytania badawcze:

1. Jakie emocje i postawy przejawiają pielęgniarki wobec pracy w środowisku wielokulturowym?
2. Jakie wyzwania związane z różnorodnością kulturową napotykają pielęgniarki w codziennej praktyce oraz jakie strategie radzenia sobie stosują w odpowiedzi na te wyzwania?
3. Jakie doświadczenia mają pielęgniarki w zarządzaniu wiedzą międzykulturową w swojej praktyce zawodowej?

Aby zrealizować powyższe cele, zastosowano krytyczną analizę literatury przedmiotu oraz przeprowadzono badanie jakościowe z wykorzystaniem metody indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI). Wywiady przeprowadzono z pielęgniarkami zatrudnionymi w śląskich placówkach medycznych.

Oryginalność niniejszego opracowania wynika z połączenia trzech perspektyw analitycznych: emocjonalnej, operacyjnej i organizacyjnej, które wspólnie pozwalają uchwycić złożoność pracy pielęgniarek w środowisku wielokulturowym. Badanie nie tylko eksploruje subiektywne doświadczenia zawodowe, lecz także identyfikuje konkretne praktyki zarządzania wiedzą międzykulturową, osadzone w realiach polskiego systemu ochrony zdrowia. Takie podejście umożliwia pogłębione zrozumienie dynamiki interakcji międzykulturowych oraz wskazuje obszary wymagające wsparcia systemowego i edukacyjnego.

## **Materiał i metody**

Niniejsze badanie zostało osadzone w paradygmacie jakościowym, który umożliwia pogłębione zrozumienie zjawisk społecznych, emocjonalnych i poznawczych w ich naturalnym kontekście. Wybór tej metodologii wynika z potrzeby uchwycenia subiektywnych doświadczeń pielęgniarek pracujących w środowisku wielokulturowym, ze szczególnym uwzględnieniem ich emocji, postaw oraz praktyk związanych z zarządzaniem wiedzą międzykulturową, a także współpracy międzysektorowej.

Zastosowano metodę indywidualnych wywiadów pogłębionych, uznawaną za jedno z najbardziej adekwatnych narzędzi w badaniach eksploracyjnych dotyczących praktyki zawodowej w opiece zdrowotnej (Boyce, Neale 2006; Coleman 2019). Wywiady IDI umożliwiają rekonstrukcję znaczeń nadawanych przez uczestniczki własnym doświadczeniom, co jest szczególnie ważne w kontekście pracy z pacjentami odmiennymi kulturowo (Jackson i in. 2022). Ich zastosowanie pozwala również na identyfikację ukrytych mechanizmów adaptacyjnych oraz emocjonalnych reakcji, które pozostają niewidoczne w badaniach ilościowych (Machado i in. 2025).

Scenariusz wywiadu miał charakter częściowo ustrukturyzowany, co zapewniło równowagę między swobodą narracyjną a kontrolą tematyczną. Tego typu konstrukcja jest rekomendowana w badaniach nad różnorodnością kulturową, ponieważ umożliwia elastyczne dostosowanie pytań do kontekstu wypowiedzi uczestnika, jednocześnie zachowując spójność analityczną (McIntosh, Morse 2015). Pytania zawarte w scenariuszu zostały opracowane na podstawie aktualnych modeli kompetencji kulturowych, w tym modelu Campinha-Bacote oraz modelu Purnella (Thomas i in. 2015), a także teorii zarządzania wiedzą, takich jak model SECI Nonaki i Takeuchiego (Bobruk i in. 2023; Młeczko 2009; Fazlagić 2014).

Konstrukcja scenariusza wywiadu uwzględniła zarówno kwestie najczęściej poruszane w literaturze przedmiotu, jak i luki badawcze identyfikowane w aktualnych publikacjach, co pozwoliło na stworzenie narzędzia umożliwiającego pogłębioną eksplorację emocji, postaw i praktyk zawodowych pielęgniarek w środowisku wielokulturowym (Majoch i in. 2024; Holavko i in. 2025; Urbański 2023; Crawford i in. 2017; Nairn i in. 2012; Fabry i in. 2024).

Badanie przeprowadzono na celowo dobranej próbie 12 pielęgniarek zatrudnionych w placówkach medycznych na terenie województwa śląskiego. Kryteria doboru uczestniczek obejmowały: minimum 3-letni staż pracy, doświadczenie w pracy z pacjentami reprezentującymi różne kultury oraz gotowość do udziału w badaniu. Wywiady zostały przeprowadzone w dniach od 1 do 29 sierpnia 2025 r. Ze względu na uwarunkowania organizacyjne przeprowadzono je zarówno w formie zdalnej (z wykorzystaniem komunikatorów internetowych), jak i w formule bezpośredniego kontaktu.

Zgromadzony materiał został poddany analizie tematycznej, zgodnie z podejściem rekomendowanym w badaniach pielęgniarskich (Al Maqbal 2024: 121–154). Analiza miała charakter wertykalny – skoncentrowano się na pogłębionej interpretacji wypowiedzi każdej uczestniczki, identyfikując powtarzające się motywy, strategie działania oraz emocjonalne reakcje.

Całą grupę badanych stanowiły kobiety w wieku 26–62 lata, a ich charakterystyka została zaprezentowana w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka respondentek

Lp.	Wiek (w latach)	Staż pracy (w latach)	Wykształcenie	Miejsce pracy	Wymiar etatu	Znajomość języków obcych
R1	56	36	liceum medyczne + licencjat i magister pielęgniarstwa + specjalizacja pielęgniarstwo geriatryczne i zachowawcze	klinika, hospicjum	pełny etat	słaba znajomość j. angielskiego
R 2	52	27	studium medyczne + licencjat pielęgniarstwa	klinika	pełny etat	brak znajomości
R 3	26	3	licencjat i magister pielęgniarstwa + w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa internistycznego	szpital miejski	pełny etat	j. angielski komunikatywny
R 4	27	5	licencjat i magister pielęgniarstwa + specjalizacja z pielęgniarstwa internistycznego + w trakcie specjalizacji onkologicznej	szpital	pełny etat	j. angielski komunikatywny
R 5	26	4	licencjat i magister pielęgniarstwa	hospicjum, szpital	pełny etat	j. angielski komunikatywny
R 6	62	42	liceum medyczne	szpital powiatowy	umowa zlecenie, ok. 5 dyżurów/miesiąc	brak znajomości
R 7	26	4	licencjat i magister pielęgniarstwa + w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa anestezyjologicznego	centrum chorób serca	pełny etat	j. angielski komunikatywny
R 8	28	6	licencjat i magister pielęgniarstwa + specjalizacja z pielęgniarstwa internistycznego	centrum medyczne	pełny etat	wysoka znajomość j. angielskiego, słaba znajomość j. niemieckiego i migowego
R 9	26	4	licencjat i magister pielęgniarstwa + w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa anestezyjologicznego	szpital + instytut onkologii	pełny etat	podstawowy j. angielski
R 10	54	35	liceum medyczne + specjalizacja	szpital	pełny etat	j. rosyjski komunikatywny
R 11	58	38	liceum medyczne	klinika	pełny etat	brak znajomości
R 12	26	4	licencjat i magister pielęgniarstwa + w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa pediatrycznego	szpital wojewódzki	pełny etat	j. angielski komunikatywny

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

## Wyniki

*Jakie emocje i postawy przejawiają pielęgniarki wobec pracy w środowisku wielokulturowym?*

Wśród badanych pielęgniarek najczęściej wskazywanymi grupami kulturowymi, z którymi spotykają się podczas pracy, byli Ukraińcy, Romowie, Świadkowie Jehowy, a także Anglicy, Niemcy, Muzułmanie, Żydzi, Francuzi, Filipinki, Hiszpanie, Ślązacy, Górale oraz osoby czarnoskóre (rysunek 1). Charakter kontaktu z pacjentami był zróżnicowany – od interwencji jednorazowych po długoterminową opiekę, szczególnie w przypadku pacjentów pediatrycznych oraz osób starszych.



Rysunek 1. Grupy kulturowe, z którymi w swojej pracy spotykają się respondentki

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące uwzględniania kultury pacjenta w opiece pielęgniarskiej większość respondentek (9 z 12) zadeklarowała gotowość do respektowania odmiennych wartości kulturowych, podkreślając jednocześnie praktyczne ograniczenia i kontekst organizacyjny:

Myszę, że uszanowałabym jego kulturę. Właśnie przypomniało mi się, że była taka sytuacja, gdzie rodzina chciała zapalić gromnicę przy umierającym i szczerze mi też by to nie przeszkadzało, gdyby nie czujki. (R1)

Staram się zawsze zapewnić komfort. Jeśli ktoś życzy sobie kapłana, to zawsze staram się zapewnić [taką – red.] możliwość. Jeśli jest umierający i prosi o księdza, żeby przyszedł zrobić ostatnie namaszczenie, bo miałam taką sytuację – to było wieczorem – to też dzwoniłiśmy do kapelana szpitalnego. Pacjent i rodzina mają prawo do tego. (R8)

Podczas wywiadów dokonano oceny kompetencji kulturowych respondentek. Wyniki wskazują na dominującą ocenę „średnią” w zakresie wiedzy międzykulturowej (10 z 12) (tabela 2).

Tabela 2. Kompetencje kulturowe respondentek

Respondentka	Poziom wiedzy międzykulturowej	Poziom umiejętności komunikacji międzykulturowej	Poziom postawy otwartości i wrażliwości kulturowej
R1	średni	średni	średnio-wysoki
R2	średni	wysoki	wysoki
R3	średni	średni	średni
R4	niski	średni	wysoki
R5	średni	niski	średni
R6	średni	niski	średni
R7	średni	wysoki	wysoki
R8	średni	średni	wysoki
R9	średni	średni	wysoki
R10	wysoki	wysoki	wysoki
R11	średni	średni	średni
R12	średni	wysoki	wysoki

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W pracy z pacjentami odmiennymi kulturowo pielęgniarki najczęściej doświadczają emocji takich jak niepewność, stres, ale również ciekawość (rysunek 2):

Niepewność, ciekawość, frustracja, satysfakcja – wszystkiego jakiś procent jest. Frustracja jest, jak ludzie nie potrafią Ciebie zrozumieć. (R10)

No taka ciekawość, jakiej kultury [...]. Na przykład te Muzułmanki chodziły w swoich szatach, też to fajnie wyglądało i takie to jest ciekawe, jak ktoś się inaczej zachowuje, jak na przykład idzie ręce umyć kilka razy. (R12)



Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wypowiedzi respondentek wskazują na zróżnicowane trajektorie emocjonalne. Każda z badanych posiada inne doświadczenie zawodowe, a jednocześnie inaczej przeżywa i wyraża swoje emocje dotyczące pracy z chorym człowiekiem.

Myślę, że dalej bym czuła niepewność i stres, bo każdy człowiek jest inny. (R3)

Pół na pół, bo jak ktoś jest odmiennej narodowości i nie mówi po polsku, to pojawia się w głowie, że to taka nowa sytuacja stresowa. Na co dzień nie rozmawiam w języku angielskim, więc zapomina się pewnego słownictwa. (R8)

Łatwiej się teraz dogadać, kiedyś trzeba się było bardziej napracować. Wszystko się rozwija, mamy pomoce i jest mniej stresująco. (R1)

Jakie wyzwania związane z różnorodnością kulturową napotykają pielęgniarki w codziennej praktyce oraz jakie strategie radzenia sobie stosują w odpowiedzi na te wyzwania?

Spośród 12 respondentek aż 7 zadeklarowało brak poczucia przygotowania do pracy z pacjentami reprezentującymi różne kultury. Wskazywały one różne, potencjalne obszary wsparcia:

Może procedury i narzędzia, bo my tu nie mamy warunków, żeby zapewnić im [...] odosobnienia, bo potrzebują się pomodlić, czy nawet toaleta u nich wygląda inaczej w niektórych religiach, a my nie mamy tu takich warunków. (R1)

Myślę, że dokumenty, zgody i formularze, które pacjent musi wypełnić, żeby były w jego języku. (R5)

Szpital ani studia nie przygotowują na takie sytuacje [...] fajnie by było, żeby raz na jakiś czas było organizowane spotkanie, żeby poszerzyć wiedzę na temat narodowości. (R8)

Większej wiedzy potrzebuję na temat kultury, bardziej [...] [w kwestii – red.] religijnej niż językowej. (R9)

Analiza wywiadów ujawnia, że każda z respondentek doświadczyła sytuacji, w których różnice kulturowe miały duży wpływ na przebieg opieki nad pacjentem. Wypowiedzi wskazują na zróżnicowane wyzwania – szczególnie na dramatyczne decyzje medyczne wynikające z przekonań religijnych. W przypadku świadków Jehowy dotyczą one możliwości przetaczania krwi wraz z preparatami krwiopochodnymi:

Pomimo tego, że pacjent był w śpiączce, nie wybudził się po operacji, to rodzina nie zgodziła się na przetaczanie preparatów krwiopochodnych. [...] Niestety ten pacjent zmarł. (R7)

Była osoba – świadek Jehowy, była niska hemoglobina i rodzina szła w zaparte [nie pozwalając przetoczyć krwi i preparatów krwiopochodnych – red.]. My byliśmy tak zirytowani tym zachowaniem. (R2)

Kilka lat temu leżała dziewczyna, wyznania jehowego, i ona niestety zmarła, bo nie pozwolono jej przetoczyć krwi. Miała lat 18. Psychicznie mnie to zdołowało [...]. Ze świadkami Jehowy jest największy problem, jeśli chodzi o przetaczanie krwi. (R10)

Respondentki R5, R6 i R11 wskazały na trudności komunikacyjne wynikające z bariery językowej. Wypowiedzi te podkreślają znaczenie komunikacji w kontekście międzykulturowym i jej wpływ na zgodność z praktyką kliniczną:

Na pewno [trudności komunikacyjne były – red.] z tym pacjentem, który był osobą czarnoskórą, bo ciężko było mi przełamać się mówić do niego. Prościej mi było napisać na telefonie niż z nim rozmawiać. (R5)

Przed wszystkim problemem i wyzwaniem była blokada językowa, nie dało się w 100% powiedzieć wszystkiego. Bardziej przekazywanie na gesty i mimikę. (R6)

Babcinka z Ukrainy nie zgadzała się na wykonanie procedur, bo nikt jej nie umiał wytłumaczyć, o co chodzi. Była bariera językowa. (R11)

Większość respondentek potwierdziła, że w trudnych sytuacjach związanych z różnicami kulturowymi mogły liczyć na wsparcie zespołu, szczególnie młodszych koleżanek oraz lekarzy.

O, zwłaszcza [na pomoc – red.] tych młodych koleżanek bardzo mogę liczyć. [...] Zawsze pomogą. (R1)

Mamy też taką rozpiskę w szpitalu, gdzie, który lekarz mówi w jakim języku, no to z innych oddziałów też można jakieś wsparcie wezwać. (R12)

Nie ma problemu, gdyż lekarz pomaga wytłumaczyć pacjentowi dane rzeczy. (R4)

Oczywiście, wtedy bardzo był przydatny lekarz, który był na dyżurze. (R10)

Respondentka R9 zwróciła uwagę na trudne zachowania pacjentów, które mogą być związane z ich stanem zdrowia i stresem, ale także z różnicami kulturowymi:

Niektórzy Niemcy są agresywni i przeklinają, jak są chorzy, i nagle zapominają języka polskiego, nawet jak są urodzeni w Polsce.

Wypowiedź ta wskazuje na potrzebę przygotowania personelu do pracy z pacjentami, którzy w sytuacjach kryzysowych mogą reagować impulsywnie,

a ich zachowanie może być błędnie interpretowane bez znajomości kontekstu kulturowego.

*Jakie doświadczenia mają pielęgniarki w zarządzaniu wiedzą międzykulturową w swojej praktyce zawodowej i jaką rolę odgrywa współpraca międzysektorowa w tym procesie?*

Wszystkie respondentki zgodnie stwierdziły, że rozwój kompetencji transkulturowych odbywa się wyłącznie z ich własnej inicjatywy. Brakuje systemowego wsparcia ze strony pracodawcy. Jedynym wyjątkiem jest wzmianka R9 o inicjatywie związków zawodowych:

Związki zawodowe dążą do wprowadzenia języka angielskiego dla chętnych. Bardzo mi się ta inicjatywa podoba. Chciałabym z niej skorzystać, jeśli doszłaby do skutku.

Większość pielęgniarek miała kontakt z przedmiotem pielęgniarstwo wielokulturowe w ramach studiów magisterskich (R1, R3, R4, R5, R7, R8, R9, R12). Jednak ich ocena przydatności tego typu przedmiotów była krytyczna:

Na studiach były, ich przydatność to czysta teoria i brak praktyki. (R3)

W zakresie nieformalnych źródeł wiedzy międzykulturowej dominują rozmowy z koleżankami oraz doświadczenia z życia prywatnego:

Najbardziej wiarygodne są rozmowy z koleżankami po fachu, [które – red.] nie boją się przyznać do błędu odnośnie do kultury. Bardziej się zapamiętuje te historie. (R6)

Na pewno najlepszym źródłem jest osoba danego pochodzenia czy religii. (R4)

Żadna z respondentek nie uczestniczyła w działaniach doskonalących wiedzę o różnorodności kulturowej w ramach pracy zawodowej. Brak zaangażowania może wynikać m.in. z systemowych problemów pielęgniarstwa w Polsce, w tym z niedoborów kadrowych. Zgodnie z raportem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych do 2030 r. liczba pielęgniarek i pielęgniarzy w Polsce zmaleje o ponad 26 tysięcy (*Raport o stanie pielęgniarstwa... 2023*).

Ocena gotowości instytucji do zarządzania wiedzą międzykulturową była zróżnicowana – dwie respondentki (R7, R5) wskazały, że nie czują się wspierane przez własne organizacje w zakresie pielęgniarstwa transkulturowego:

Nie są ani gotowi, ani dojrzały. (R1)

Nie czuję się wspierana przez organizację. (R7)

Pozostałe uczestniczki dostrzegają pewne zmiany i próby dostosowania realiów pracy do zróżnicowanych pacjentów, szczególnie w większych placówkach:

Większe szpitale są bardziej otwarte, a miejskie konserwatywne. (R9)

Otwarty szpital, mamy dla Ukraińców ulotki, procedury. (R6)

R1 podkreśliła również pozytywne doświadczenie związane z pomocą tłumacza z konsulatu w przypadku pacjenta włoskiego, co wskazuje na znaczenie współpracy międzysektorowej we wspieraniu komunikacji międzykulturowej. Z kolei R8 opisuje doświadczenia z pacjentami romskimi i Filipinką, wskazując na ograniczenia w dostępności tłumaczy:

Teoretycznie pacjent ma prawo do tłumacza, ale nikt tego tłumacza nie wzywał, bo przecież po co. Bo to są kolejne koszty.

Dziesięć respondentek wskazało, że ich głos w sprawie rozwoju kompetencji kulturowych nie jest słyszany. Przykładowo:

Nie zwraca się takiej uwagi, ale nawet jak zgłaszamy, to odbija się o ścianę. Nawet drobne zmiany nie są przyjmowane. (R1)

Jestem zbyt mało na dyżurach teraz; nie było często takich pacjentów z innych narodowości i kultur, że się tym nie martwiono. (R6)

Jednak dwie pielęgniarki dostrzegły pozytywne reakcje na zgłaszane potrzeby. Jedna z nich to:

Propozycja z nauką języka angielskiego, to była propozycja pielęgniarki, więc została wysłuchana. (R4)

Respondentki najczęściej wskazywały na potrzebę warsztatów z udziałem osób reprezentujących daną kulturę:

Warsztaty byłyby fajne, gdyby jakaś osoba opowiadała o swojej kulturze. Ale żeby była to ta osoba z tego kraju, żeby ją sobie bardziej zwizualizować, żeby mogła opowiedzieć o swojej własnej kulturze. (R9)

W kontekście rosnącego znaczenia praktyki pielęgniarskiej opartej na dowodach, tzw. EBNP, wskazano również na potrzebę integracji wiedzy kulturowej z praktyką kliniczną (Mian, Rejnö 2024; Elsheikh i in. 2023).

## Dyskusja

### Emocje i postawy pielęgniarek wobec pracy w środowisku wielokulturowym

Wyniki badania potwierdzają, że pielęgniarki deklarują postawy otwartości i ciekawości wobec pacjentów z odmiennych kręgów kulturowych, co koresponduje

z wynikami badań przeprowadzonych w Siedlcach, gdzie dominowały emocje pozytywne, takie jak akceptacja i zrozumienie (Majoch i in. 2024). Jednocześnie należy zauważyć, że inne badania wskazują na obecność emocji negatywnych, takich jak stres, strach czy nawet wrogość, szczególnie na oddziałach intensywnej terapii (Majoch i in. 2024; Holavko i in. 2025). Taka rozbieżność może wynikać z różnic w doświadczeniu zawodowym, poziomie przygotowania kulturowego oraz wsparciu instytucjonalnym.

Zróznicowanie emocji – od ciekawości po unikanie – potwierdza, że kontakt z pacjentem odmiennym kulturowo jest sytuacją wymagającą nie tylko kompetencji zawodowych, ale również emocjonalnej elastyczności. Brak przestrzeni do rozmów o emocjach w środowisku pracy, wskazywany w badaniach jakościowych, może prowadzić do ich tłumienia, co z kolei wpływa na jakość relacji z pacjentem i dobrostan personelu (Jaki, Ziębicki 2022).

## Wyzwania związane z różnorodnością kulturową i strategie radzenia sobie

Respondentki wskazały na szereg barier utrudniających świadczenie opieki kulturowo adekwatnej, w tym bariery językowe, brak tłumaczy oraz trudności komunikacyjne. Zgodnie z wynikami badań nawet 25% tłumaczeń *ad hoc* jest nieprawidłowa, co rodzi poważne ryzyko dla bezpieczeństwa pacjenta (Majoch i in. 2024). Problem ten pogłębia się w sytuacjach nagłych, gdzie brak profesjonalnych tłumaczy może prowadzić do błędnych decyzji klinicznych i naruszenia poufności danych.

Różnice kulturowe, szczególnie w zakresie przekonań religijnych, były źródłem napięć dotyczących etyki i emocji, co potwierdzają obserwacje z oddziałów ratunkowych (Majoch i in. 2024). Strategie radzenia sobie obejmowały głównie wsparcie zespołowe, choć pojawiły się również sygnały o barierach pokoleniowych i braku systemowego mentoringu. W tym kontekście warto podkreślić, że skuteczna opieka kulturowa wymaga nie tylko indywidualnych kompetencji, ale także współpracy interdyscyplinarnej i organizacyjnego wsparcia (Holavko i in. 2025).

## Doświadczenia w zarządzaniu wiedzą międzykulturową i rola współpracy międzysektorowej

Zarządzanie wiedzą międzykulturową w praktyce zawodowej pielęgniarek odbywa się głównie w sposób nieformalny – przez rozmowy z koleżankami, kontakt z pacjentami oraz doświadczenia prywatne. Choć takie formy uczenia się są wartościowe, badania wskazują, że bez formalnych struktur i narzędzi wsparcia (np. szkoleń, procedur, systemów informatycznych) rozwój kompetencji kulturowych pozostaje fragmentaryczny (Majoch i in. 2024; Mleczo 2009).

Respondentki krytycznie oceniły przygotowanie akademickie w zakresie pielęgniarstwa wielokulturowego, wskazując na brak praktycznego wymiaru nauczania. Potrzeba integracji wiedzy międzykulturowej z praktyką kliniczną została również podkreślona w badaniach dotyczących szpitali uniwersyteckich, gdzie brak osób odpowiedzialnych za różnorodność kulturową stanowi istotną barierę (Holavko i in. 2025). Respondentki wskazały także na potrzebę wprowadzenia w placówkach zarządzania wiedzą w zakresie kompetencji kulturowych.

Współpraca międzysektorowa – z psychologami, tłumaczami czy pracownikami socjalnymi – została wskazana jako potencjalnie istotna, lecz w praktyce rzadko realizowana. Brak struktur wspierających różnorodność oraz niedobory kadrowe utrudniają wdrażanie kulturowo bezpiecznej opieki nad pacjentem. Tymczasem literatura podkreśla, że organizacje ochrony zdrowia powinny aktywnie wspierać rozwój kompetencji kulturowych przez politykę wewnętrzną, szkolenia i dostęp do zasobów (Majoch i in. 2024; Mleczko 2009).

## Wnioski

Badanie ujawniło wielowymiarowy charakter pracy w środowisku wielokulturowym, w którym emocje, kompetencje i struktury organizacyjne współistnieją w dynamicznej relacji, na co wskazuje wachlarz emocji deklarowanych przez respondentki. Zidentyfikowane wyzwania związane z różnorodnością kulturową obejmowały przede wszystkim bariery językowe oraz trudne decyzje medyczne związane z przekonaniami religijnymi. Strategie radzenia sobie z tymi trudnościami opierały się głównie na wsparciu zespołowym, choć zauważono również bariery pokoleniowe oraz brak systemowego mentoringu, co ograniczało efektywność działań adaptacyjnych. Jednym z kluczowych obszarów ujawnionych w badaniu była potrzeba zarządzania wiedzą międzykulturową oraz współpracy międzysektorowej.

Implikacje dla praktyki zarządzania w ochronie zdrowia są wielowymiarowe. Organizacje powinny aktywnie wspierać rozwój kompetencji kulturowych przez politykę różnorodności, dostęp do zasobów edukacyjnych oraz struktury mentoringowe. Konieczne jest wdrożenie mechanizmów współpracy międzysektorowej – z udziałem psychologów, tłumaczy i pracowników socjalnych – które umożliwią holistyczne podejście do opieki nad pacjentem w kontekście kulturowym.

Wnioski z badania otwierają obszary dla dalszych eksploracji naukowych. W szczególności warto podjąć badania porównawcze między regionami o różnym poziomie różnorodności kulturowej, analizując wpływ struktur organizacyjnych na efektywność opieki. Interesującym kierunkiem może być również ocena skuteczności formalnych programów szkoleniowych oraz rola liderów w budowaniu kultury otwartości w zespołach pielęgniarskich.

Ograniczenia badania obejmują subiektywność danych wynikającą z metody jakościowej oraz brak triangulacji z innymi źródłami (np. obserwacjami czy danymi ilościowymi). Niemniej jednak uzyskane wyniki dostarczają cennych wskazówek dla praktyki zarządzania w placówkach medycznych, edukacji pielęgniarskiej oraz polityki zdrowotnej, podkreślając znaczenie wiedzy międzykulturowej jako kluczowego elementu jakości opieki zdrowotnej.

## Bibliografia

- Al Maqbal, M. (2024). *Essential Research for Evidence-Based Practice in Nursing Care*, Springer.
- Bąk, J.M., Niedorys, B., Chrzan-Rodak, A., Jurek, K., Zarzycka, D., & Ślusarka, B. (2020). Religijność a kompetencje kulturowe pielęgniarek w kontekście przeobrażeń społecznych / Religiousness and cultural competences among nurses in the context of social changes. *Rozprawy Społeczne*, 14(1), s. 98–109, <https://doi.org/10.29316/rs/118792>.
- Bobruk, M., Wiśniewski, Z., Bielecki, M., & Olszewski, P. (2023). Model zarządzania wiedzą w szpitalach uniwersyteckich w Polsce. [W:] A. Świć, A. Gola, E. Doluk (red.). *Współczesne kierunki badań naukowych w inżynierii produkcji*, Politechnika Lubelska, s. 219–228.
- Boyce, C., & Neale, P. (2006). *Conducting in-depth interviews: A guide for designing and conducting in-depth interviews for evaluation input*, Pathfinder International.
- Cierpiął-Wolan, M., Cuchí, P., de Cosio, F.G., Beqiri, M., Hossain, R., & Rozkrut, D. (2024). Measuring and assessing the health of refugees from Ukraine in Poland: Quantitative-qualitative mixed-methods approach. *Wiadomości Statystyczne. The Polish Statistician*, 69(10), s. 28–40, <https://doi.org/10.59139/ws.2024.10.2>.
- Coleman, P. (2019). In-depth interviewing as a research method in healthcare practice and education: Value, limitations and considerations. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), s. 1879–1885.
- Crawford, T., Candlin, S., & Roger, P. (2017). New perspectives on understanding cultural diversity in nurse–patient communication. *Collegian*, 24(1), s. 63–69, <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.09.001>.
- Duszczyk, M., & Kaczmarczyk, P. (2022). The war in Ukraine and migration to Poland: Outlook and challenges. *Intereconomics*, 57(3), s. 164–170, <https://doi.org/10.1007/s10272-022-1053-6>.
- Elnakib, S., Jackson, C., Lalani, U., Shawar, Y.R., & Bennett, S. (2024). How integration of refugees into national health systems became a global priority: A qualitative policy analysis. *Conflict and Health*, 18(Suppl 1), 31, <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00587-4>.
- Elsheikh, R., Le Quang, L., Nguyen, N.Q.T., Van, P.T., Hung, D.T., Makram, A.M., & Huy, N.T. (2023). The role of nursing leadership in promoting evidence-based nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 48, s. 93–98, <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.06.007>.

- Fabry, L., McDermott, S., & Wilford, B. (2024). Culturally competent care for diverse populations: A review of transcultural nursing education. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 46(3), s. 274–282, <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000526>.
- Fazlagić, J. (2014). Zarządzanie różnorodnością a zarządzanie wiedzą. *E-mentor*, 1, s. 54–61.
- Fihel, A., Janicka, A., & Kloc-Nowak, W. (2018). The direct and indirect impact of international migration on the population ageing process: A formal analysis and its application to Poland. *Demographic Research*, 38, 43, 1303–1338, <https://doi.org/10.4054/DemRes.2018.38.43>.
- Goßner, L., Jaschke, P., & Kosyakova, Y. (2025). The effect of health on refugees' labor market integration: Evidence from a natural experiment in Germany. *IAB-Discussion Paper*, 5, <https://doi.org/10.48720/IAB.DP.2505>.
- Holavko, D., Tubbesing, F., Kanios, A., & Bocheńska-Brandt, A. (2025). Rola diversity management w procesie integracji migrantów z sektora usług medycznych na terenie Niemiec. Zarządzanie różnorodnością w szpitalach uniwersyteckich. *Praca Socjalna*, 40(1), s. 9–26, <https://doi.org/10.71358/ps.2011>.
- Jackson, J., Maben, J., & Anderson, J.E. (2022). What are nurses' roles in modern healthcare? A qualitative interview study using interpretive description. *Journal of Research in Nursing*, 27(6), s. 504–516, <https://doi.org/10.1177/174498712110709>.
- Jaki, A., & Ziębicki, B. (red.). (2022). *Doskonalenie i adaptacyjność organizacji w obliczu współczesnych wyzwań*. Instytut Nauk Ekonomicznych PAN.
- James, R., Blanchet, K., & Kumar, B.N. (2022). Lancet Migration European Regional Hub: Working together towards inclusive, evidence-based outcomes for promoting and protecting the health of migrants in the European Region. *The Lancet Regional Health – Europe*, 23, 100534, <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2022.100534>.
- Jedynak, M. (2013). Wiedza i umiejętności jako elementy składowe kompetencji menedżerskich. [W:] Z. Nęcki, M. Kęsy (red.). *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 43–63.
- Kędziora, K. (2025). Refugees' right to health: A case study of Poland's disparate migration policies. *Bioethics*, 39(1), s. 58–66, <https://doi.org/10.1111/bioe.13300>.
- Krawczyk-Sołtys, A. (2013). *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych: Identyfikacja poziomu i kierunki doskonalenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Kumar, B.N., & Ojha, S. (2024). Migration policy and global health: Past, present, and future. [W:] A. Triandafyllidou (ed.). *Handbook of Migration and Globalisation*, 2<sup>nd</sup> ed., Edward Elgar Publishing, s. 88–108.
- Lewtak, K., Kanecki, K., Tyszko, P., Goryński, P., Bogdan, M., & Nitsch-Osuch, A. (2022). Ukraine war refugees – Threats and new challenges for healthcare in Poland. *Journal of Hospital Infection*, 125, s. 37–43, <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2022.04.006>.
- Machado, D.R., Brás, M.M., de Almeida, A.L., & Vilela, C. (2025). The relationship between nurses' emotional competence and evidence-based nursing: A scoping review. *Nursing Reports*, 15(4), 124, <https://doi.org/10.3390/nursrep15040124>.
- Majoch, M., Węgrzyn, I., Rafa, E., & Siekierczak, S. (2024). Problem wielokulturowości w opiece nad pacjentem w opinii pielęgniarek czynnych zawodowo. *Państwo i Społeczeństwo*, 2, s. 39–52, <https://doi.org/10.48269/2451-0858-pis-2024-2-003>.
- McIntosh, M.J., & Morse, J.M. (2015). Situating and constructing diversity in semi-structured interviews. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, <https://doi.org/10.1177/2333393615597674>.

- Mian, R., & Rejnö, Å. (2024). The meaning of culture in nursing at the end of life – An interview study with nurses in specialized palliative care. *BMC Palliative Care*, 23(1), 166, <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01493-5>.
- Mleczko, K. (2009). Identyfikacja potrzeb w zakresie zarządzania zasobami wiedzy w obszarze ochrony zdrowia. [W:] R. Knosala (red.). *Komputerowo zintegrowane zarządzanie*, t. 2, Polskie Towarzystwo Zarządzania Produkcją, s. 193–199.
- Nairn, S., Hardy, C., Harling, M., Parumal, L., & Narayanasamy, M. (2012). Diversity and ethnicity in nurse education: The perspective of nurse lecturers. *Nurse Education Today*, 32(3), s. 203–207, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.02.012>.
- OECD (2021). *International migration outlook 2021*, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/29f23e9d-en>.
- Pacześniak, A., & Winclawska, M. (2024). Migrants' political participation and representation in Poland: What do political parties have to offer?. *Politics and Governance*, 12, 7498, <https://doi.org/10.17645/pag.7498>.
- Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce* (2023). Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.
- Salehyan, I., & Savun, B. (2024). Strategic humanitarianism: Host states and refugee policy. *Annual Review of Political Science*, 27, s. 107–125, <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-041322-023519>.
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 99, 103386, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>.
- Skorupa-Wulczyńska, A. (2025). The language rights of Ukrainian minors enjoying temporary protection in Poland in the field of education. *Central and Eastern European Migration Review*, 14(1), s. 121–137, <https://doi.org/10.54667/ceemr.2025.02>.
- Squires, A., Thompson, R., Sadarangani, T., Amburg, P., Sliwinski, K., Curtis, C., & Wu, B. (2022). International migration and its influence on health. *Research in Nursing & Health*, 45(5), s. 503–511.
- Strzelczyk, J., Brykowska, D., & Bączyk, G. (2019). Opieka nad pacjentem odmiennym kulturowo w praktyce pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1(71), s. 61–69, <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.8>.
- Thérová, L. (2023). Anti-immigration attitudes in contemporary Polish society: A story of double standards?. *Nationalities Papers*, 51(2), s. 387–402, <https://doi.org/10.1017/nps.2022.71>.
- Thomas, D.C., Liao, Y., Aycan, Z., Cerdin, J.-L., Pekerti, A.A., Ravlin, E.C., Stahl, G.K., Lazarova, M.B., Fock, H., Arli, D., Moeller, M., Okimoto, T.G., & Van de Vijver, F. (2015). Cultural intelligence: A theory-based, short form measure. *Journal of International Business Studies*, 46(9), s. 1099–1118, <https://doi.org/10.1057/jibs.2014.67>.
- Urbański, M. (2023). Zarządzanie wielokulturowym środowiskiem pracy w przedsiębiorstwach w Polsce. *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie*, 1(49), s. 141–157, <https://doi.org/10.17512/znpcz.2023.1.11>.

### Wkład autorów / Author Contributions

Konceptualizacja / Conceptualization: J.K., T.K.

Metodologia / Methodology: J.K., T.K.

Walidacja / Validation: J.K.

Analiza formalna / Formal analysis: J.K., T.K.

Badania / Investigation: T.K.

Opracowanie i zarządzanie danymi / Data curation: T.K.

Przygotowanie wersji wstępnej / Writing – original draft: J.K., T.K.

Recenzja i edycja / Writing – review & editing: J.K.

Administracja projektem / Project administration: J.K.

### Materiały dodatkowe / Supplementary Materials

Nie dotyczy / Not applicable.

### Finansowanie / Funding

Autorki oświadczają, że badanie oraz przygotowanie artykułu nie były finansowane ze środków zewnętrznych. / The authors declare that the study and the preparation of this manuscript received no external funding.

### Oświadczenie o zatwierdzeniu etycznym / Ethics Approval Statement

Ocena i zatwierdzenie przez komisję bioetyczną nie były wymagane, ponieważ badanie miało charakter nieinterwencyjny i zostało przeprowadzone w formie dobrowolnych wywiadów z pielęgniarkami. Uczestniczki zostały poinformowane o celu badania i wyraziły świadomą zgodę na udział. / Ethics committee review and approval were not required because the study was non-interventional and was conducted in the form of voluntary interviews with nurses. All participants were informed about the purpose of the study and provided informed consent to participate.

### Oświadczenie o świadomej zgodzie / Informed Consent Statement

Uzyskano świadomą zgodę od wszystkich osób biorących udział w badaniu. / Informed consent was obtained from all individuals who participated in the study.

### Oświadczenie o dostępności danych / Data Availability Statement

Dane wykorzystane w badaniu nie są publicznie dostępne ze względu na konieczność ochrony prywatności uczestniczek oraz poufny charakter wywiadów. Wybrane, zanonimizowane fragmenty danych źródłowych mogą zostać udostępnione przez autorkę korespondencyjną na uzasadnione żądanie, pod warunkiem, że ich udostępnienie nie naruszy zasad poufności i anonimowości uczestniczek badania. / The data used in this study are not publicly available due to the need to protect participants' privacy and the confidential nature of the interviews. Selected anonymized excerpts of the source data may be made available by the corresponding author upon reasonable request, provided that such disclosure does not compromise the confidentiality and anonymity of the study participants.

### Podziękowania / Acknowledgments

Nie korzystano z narzędzi sztucznej inteligencji na żadnym etapie prac związanym z tworzeniem artykułu. / No artificial intelligence tools were used at any stage of the work related to the preparation of this manuscript.

### Konflikt interesów / Conflict of Interest

Autorki deklarują brak konfliktu interesów. / The authors declare no conflict of interest.